

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° 495

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Paul-Lucien GUESDON

Né le 10 Juin 1909, à PARIS (Seine)

TRAITEMENT
DES ÉPHÉLIDES

Président : M. GOUGEROT, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Paul-Lucien GUESDON

Né le 10 Juin 1909, à PARIS (Seine)

TRAITEMENT
DES ÉPHÉLIDES

Président : M. GOUGEROT, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1936

I. — Professeurs

MM.

Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BIUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER
	Maur. VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.

BÉNARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GAILLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	Pathologie chirurgicale.
D'ALLAINES.	

MM.

GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri..	Chimie biologique
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT.	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIERS	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale
BESANÇON (J.).	Hydrologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE ..	Parasitologie

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale.
ALAJOUANINE.	
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
VALLÉRY-RADOT	
(Pasteur).	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER .	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	} Clinique obstétricale.
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

RUPPE	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES GRANDS PARENTS

A MES PARENTS

A MA FEMME

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur GOUGEROT

Professeur de Clinique des maladies cutanées

Médecin de l'Hôpital St-Louis

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu me faire le grand
honneur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

A Monsieur le Professeur Agrégé A. SEZARY

Médecin de l'Hôpital St-Louis

*L'inspirateur de ce travail.
Témoignage de gratitude pour sa
bienveillance et les enseignements
qu'il m'a donnés.*

A Monsieur le Docteur DUCOURTIOUX

Assistant de l'Hôpital St-Louis
Chef du Service de Physiothérapie

*Pour le remercier de ses conseils
dans l'élaboration de ce travail.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1928-1929 : M. le Docteur GUIBE.

M. le Docteur LECORNU.

1929-1930 : M. le Professeur Agrégé HARVIER.

M. le Docteur Paul LAUNAY.

1930-1931 : M. le Professeur PROUST (*in memoriam*)

M. le Docteur WEILL-HALLE.

1931-1932 : M. le Professeur GUILLAIN.

M. le Professeur Agrégé CATHALA.

M. le Docteur V. CATHALA.

M. le Docteur TOURAINÉ.

1932-1933 : M. le Professeur F. TERRIEN.

M. le Professeur F. LEGUEU.

M. le Professeur CLAUDE.

M. le Professeur F. LEMAITRE.

EXPOSÉ

L'éphélide ou tache de rousseur, cette lésion si commune et parfois si discrète qu'elle passe inaperçue sur les visages qui nous entourent, n'occasionnant aucun trouble, ne semble pas au premier abord devoir faire l'objet d'une étude spéciale.

De tous temps cependant elle excita la sagacité thérapeutique des dermatologistes et cela avec plus ou moins de succès. Il arrive, en effet, que les taches de rousseur sont si nombreuses, si accusées, si persistantes et si accentuées à la belle saison qu'elles constituent une des malformations les plus disgracieuses du visage et peuvent affecter au plus haut point ceux qui en sont porteurs, surtout lorsqu'il s'agit de jeunes femmes soucieuses de leur esthétique.

Nous nous proposons de donner ici quelques précisions sur la symptomatologie, sur les divers traitements employés et notamment sur les récentes découvertes physiothérapiques qui ouvrent un nouvel horizon à la question.

Au cours de notre stage dans le service de M. le Professeur agrégé Sézary, nous avons eu l'occasion d'expérimenter plusieurs de ces traitements ; nous en

discuterons avantages et inconvénients. Nous n'oublierons pas qu'il s'agit d'une dermatose simplement inesthétique et que la thérapeutique employée devra, d'une part, ne pas laisser de cicatrice apparente et d'autre part, être assez efficace pour éviter toute récurrence.

Nous pouvons, d'ores et déjà, déclarer que le traitement par la Neige carbonique a rallié nos suffrages et nous nous efforcerons d'expliquer cette préférence.

GÉNÉRALITÉS

Le terme d'Ephélide n'a pas toujours eu la signification restreinte qu'on lui accorde aujourd'hui. En effet, à travers la littérature médicale, nous le retrouvons fréquemment désignant toutes sortes de pigmentations, qu'elles soient dues ou non à l'action du soleil.

Déjà, Hippocrate appelle ainsi, le hâle du visage et le chloasma des femmes enceintes. Sans remonter aussi loin, Sauvages, Bateman, Copland et Todd en décrivent de nombreuses variétés, englobant sous ce terme, aussi bien les éphélides que le lentigo, le chloasma, les pigmentations produites par le feu et même le pityriasis versicolore.

Depuis Rayet et surtout depuis Bazin, les auteurs se sont toujours accordés pour restreindre le sens étymologique du mot et désigner sous le nom d'Ephélides, une dyschromie très précise, que l'on n'a plus le droit de confondre avec les autres pigmentations.

Définition

« Les éphélides ou taches de rousseur sont de petites taches pigmentaires, bilatérales et symétriques qui se

localisent de façon élective aux parties découvertes » (Sézary, Duruy : Nouvelle pratique dermatologique).

Reprenant cette définition, nous décrirons en quelques traits les principales caractéristiques de cette lésion.

Siège

Les éphélides siègent presque toujours sur les parties découvertes exposées aux rayons du soleil, c'est-à-dire à la face et plus spécialement sur les joues, les parties latérales du nez, les pommettes, les tempes, les paupières ; sur le cou ; sur la poitrine, au niveau du décolleté ; sur le dos des mains, et sur les avant-bras.

Description

Ce sont des taches en général arrondies, mais de forme variable, à contours assez irréguliers, dont la limite avec la peau voisine est plus ou moins nette selon l'intensité de la pigmentation. Le plus souvent toutes petites, à peine de la dimension d'une tête d'épingle, elles peuvent atteindre celle d'une lentille et même davantage. Leur surface, de niveau avec la peau voisine, est parfaitement lisse et ne présente aucune desquamation.

Leur teinte va du jaune clair au brun foncé, rappelant assez, en moyenne, la couleur du pain d'épice. Elle peut varier d'ailleurs d'une tache à l'autre chez

le même individu, selon que cette tache est plus ou moins exposée aux rayons solaires.

Très marquées et très nombreuses en été, elle diminuent de nombre et pâlisent jusqu'à disparaître en hiver chez certains individus ; mais elles se reproduisent d'une année sur l'autre « aux mêmes places et dans les mêmes points que la première fois. » (Barthélemy : *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1900, p. 774). Matarasso pense au contraire que leur variation saisonnière est uniquement due à l'augmentation et à la diminution de la quantité de pigment ; mais que leur nombre, contrairement à l'opinion encore classique, ne diminuerait pas pendant l'hiver.

Evolution

Ce même auteur a eu l'occasion de suivre pendant plusieurs années l'évolution des taches de rousseur chez le même individu et donne à ce sujet des précisions intéressantes. Il distingue une période :

1° DE DÉBUT — vers cinq ans, par des éléments très réduits, analogues aux traces que laisserait une piqure d'épingle et localisés à la face.

2° D'AUGMENTATION — jusqu'à vingt ou vingt-cinq ans il y aurait multiplication et élargissement des taches.

3° DE STABILISATION en quelque sorte — à partir de vingt-cinq ans les taches de rousseur resteraient d'un

nombre toujours fixe ; elles seraient seulement plus larges et moins pigmentées que dans l'enfance.

Ces précisions peuvent être utiles pour établir une thérapeutique.

Signes fonctionnels

La présence d'éphélides est absolument silencieuse et ne se manifeste notamment par aucun signe subjectif.

Pronostic

Quant à la lésion elle-même, il est absolument bénin et il n'a jamais été observé de dégénérescence maligne.

Diagnostic

Le diagnostic peut se poser avec certaines lésions pigmentaires.

Le *chloasma*, surtout dans la forme *punctata*, sera très difficile à différencier des éphélides ; mais même dans ce cas les taches sont plus étalées, plus foncées, localisées à la face et accompagnent en général une grosseur.

Le *lentigo* et les *nævi* pigmentaires sont d'un diagnostic facile. Leurs éléments moins nombreux, plus foncés, mieux limités, asymétriques et sans localisation élective ne varient pas d'intensité.

Quant au *xéroderma pigmentosum*, sa pigmentation bigarée accompagnée d'érythème, d'atrophie et de télangiectasies est assez caractéristique.

Anatomie pathologique

Les réactions à l'acide osmique et à l'oxyde d'argent ammoniacal montrent que la pigmentation des éphélides est due au pigment normal de la peau, la mélanine, dont la quantité seule est anormale : les cellules basales et rameuses en sont surchargées et même les couches inférieures du corps de Malpighi peuvent être envahies. Dans le derme, les cellules pigmentophores sont beaucoup plus nombreuses que normalement.

MÉLANINE. — Quelques mots sur ce pigment pourront être utiles. La mélanine est une substance chimique dans la composition de laquelle entrent : la tyrosine, la phénylalanine et du tryptophane, plus une quantité variable de soufre et quelquefois des traces de fer.

Elle ne présente pas les réactions du fer, notamment avec le ferrocyanure de potassium; mais réduit les solutions de nitrate d'argent et l'acide osmique.

Nous ne nous étendrons pas sur les discussions au sujet de la genèse de ce pigment qui mit aux prises les maîtres du siècle dernier. On le crut longtemps d'origine ferrique (Virchow, Kelsh, Neumann, puis Lapicque, Carnot, Gilbert et Widai) et lorsque son origine cellulaire sembla démontrée par les expé-

riences de Meirowski et de Königstein qui obtinrent la pigmentation d'un fragment de peau isolé, sans irrigation sanguine, de nouveaux débats s'ouvrirent.

Le pigment est-il d'origine épidermique ou dermique ? Bruno Bloch semble avoir tranché la question. Il montra l'existence dans certaines cellules de l'épiderme de ferments capables de transformer en pigment une substance chromogène primitivement non colorée, la dioxyphénylalanine.

Cette dopa-réaction prouve que la mélanogénèse a lieu seulement dans certaines cellules épidermiques : les cellules de la couche basale et les cellules rameuses de l'épiderme dont on suppose d'ailleurs l'origine basale.

Ces précisions sont importantes pour le traitement des taches de rousseur, car dès maintenant il apparaît *a priori* que nous pourrions guérir les éphélides si nous savons atteindre par quelque moyen la couche profonde de l'épiderme.

Etiologie

L'éphélide est classiquement une lésion des peaux blanches, c'est-à-dire qu'elle se rencontre plus spécialement chez des sujets lymphatiques à cheveux blonds et surtout roux, chez lesquels elle serait pour Sézary et Duruy « les vestiges ou ébauches d'une carnation plus brune ». Siemens a fait sur cette question des recherches intéressantes (*Arch. für Dermat. u. Syph.*, Berl. 1924, CXLVII, p. 210).

Elle serait très souvent héréditaire et familiale.

L'étiologie proprement dite des éphélides rejoint celle des hyperpigmentations dont la complexité est grande. Le rôle des rayons lumineux, du moins en tant que renforçateur et révélateur, a de tous temps été admis. Acquaviva considère l'éphélide comme la réaction pigmentaire aux irradiations d'un organisme pauvre en pigment. « Certaines peaux blanches, peu chargées en pigment, si elles sont exposées à la lumière, au lieu de réagir par une pigmentation diffuse et régulière, le font sous forme de taches pigmentaires et isolées qui constituent précisément les éphélides ». Cogliervina attribue une importance biochimique aux taches de rousseur et pense qu'elles seraient un « effort de la nature » pour protéger les terminaisons nerveuses de la peau contre les radiations de courte longueur d'onde et spécialement de la chaleur (*Riforma Med.*, 41, p. 581, juin 1925). — A. Sézary émet une opinion différente : « On a voulu donner une signification à l'hyperpigmentation cutanée ; c'est une tendance naturelle de l'esprit humain de chercher une raison utilitaire à tous les phénomènes physiologiques... ; nous n'attribuons aucun but aux modifications de la pigmentation de la peau... simple résultat d'un métabolisme cellulaire anormal »

La lumière n'aurait donc qu'une action favorisante, de même que les facteurs suivants : les Ultra-Violets dont l'action est démontrée expérimentalement par l'actinothérapie, les Infra-Rouges, la chaleur et autres irritants

L'action des glandes endocrines est également admise. Au cours de la grossesse nous observons une augmentation d'intensité dans la pigmentation et nombre d'éphélides jusqu'alors à peu près inapparentes deviennent très marquées. Ceci rejoint d'ailleurs la symptomatologie du chloasma et certains auteurs allemands (Sellei et Jordan) ont pu décrire sous le nom de *pigmentatio punctata* un type de chloasma très voisin des éphélides. Tsinoukas remarque que les taches de rousseur apparaissent souvent chez les femmes enceintes et chez toutes les femmes au moment des règles, spécialement si celles-ci sont douloureuses et s'accompagnent de coloration bistre des paupières.

Les glandes endocrines seraient-elles le vrai facteur étiologique ? On ne le pense pas. A. Sézary range les éphélides dans le groupe des *nævi évolutifs* ; les glandes endocrines n'auraient donc qu'un pouvoir renforteur au même titre que les rayons lumineux.

TRAITEMENT

Nous pouvons agir sur les taches de rousseur avant leur apparition, c'est le traitement prophylactique ; lorsqu'elles seront apparues on essaiera de les faire disparaître, c'est le traitement curatif. Ces deux modes de traitement constitueront les principaux points de ce chapitre.

Traitement prophylactique

L'action prédominante de la lumière dans la production des éphélides pose le problème important de la prophylaxie de cette lésion. Il est de toute évidence que les individus dont les taches apparaissent ou augmentent au cours de la belle saison ont avantage à se soumettre à une véritable hygiène solaire et à éviter de s'exposer inutilement aux morsures du soleil. Ceci nous amène à parler de la question si controversée de l'*héliothérapie*. Acquaviva pense que les peaux insolées perdraient la délicatesse de leur grain et présenteraient souvent des placards érythémateux définitifs. De même chaque fois que notre Maître M. Sézary observe dans son service une dystrophie cutanée pré-

sénile, du type de celle des marins et des cultivateurs, il ne manque pas de prédire pareille éventualité aux maniaques de l'héliothérapie, sans parler des dégénérescences possibles. A notre avis les peaux blanches sont les plus menacées ; celles-là même qui ont le plus tendance à présenter des éphélides. Par suite elles devront être le mieux protégées. Il conviendra d'éviter le bord de la mer et la haute montagne, plus riches en ultra-violets et bien entendu l'actinothérapie. Cette protection des régions découvertes contre l'atteinte du soleil s'obtient par différents procédés.

Nous ne ferons qu'énumérer ceux qui ont trait au plus élémentaire, à l'habillement : chapeaux à larges bords, gants, voiles rouges, bruns ou violets. On ne peut guère les faire accepter par nos clients sportifs et nos clientes soucieuses de leur élégance.

Il nous semble plus pratique de proposer l'emploi de poudres colorées, ocrées, brun rouge qui suffisent à elles seules pour protéger contre les rayons ultra-violets et l'emploi de crèmes et d'huiles, dont nous donnerons ici quelques formules.

Les sels de quinine sont classiquement à la base de nombreuses préparations bien que leur action soit assez controversée :

1° Vaso-lanoline à la quinine de Brocq :

Bromhydrate de quinine	1 gr.
Eau de laurier-cerise	15 gr.
Lanoline	15 gr.
Vaseline	10 gr.

Poudrer ensuite avec :

Sulfate basique de quinine 1 gr.

Talc 10 gr.

2° E. Juster vient d'indiquer deux nouvelles formules
(*Presse Médicale*, 22 août 1934) à base de sulfate neutre de quinine :

Pour teint clair :

Sulfate neutre de quinine 5 gr.

Lanoline anhydre 1 gr. 50

Ocre jaune 2 gr. 50

Oxyde de zinc 9 gr.

Carbonate de magnésium 9 gr.

Talc 18 gr.

Amidon de riz 55 gr.

Pour teint foncé :

Sulfate neutre de quinine 5 gr.

Ocre jaune 5 gr.

Bol 3 gr.

Lanoline anhydre 1 gr. 50

Oxyde de zinc 8 gr.

Carbonate de magnésium 8 gr.

Talc 16 gr.

Amidon de riz 53 gr. 50

3° Ce sel de quinine s'emploie aussi en lotion (Tède) :

Sulfate neutre de quinine 3 gr.

Glycérine chimiquement pure 28° B. 20 gr.

Eau distillée 76 gr.

Parfum solide aux acides 1 gr.

4° Nous mentionnons également la crème à l'esculine
et à la tormentille (d'Avis) :

Esculine	5 gr.
Extrait de tormentille	40 gr.
Agar-agar	4 gr.
Eau de rose .	60 gr.
Glycérine	40 gr.

5° Une crème au salol, est assez peu recommandée à cause de sa toxicité pour la peau :

Salol	7 gr.
Excipient genre cold-cream	93 gr.

6° Acquaviva conseille la crème suivante :

Gélobarine	1 partie.
Cérat sans eau	2 parties.

ainsi que la solution au permanganate de potassium à 5 0/00, qui aurait l'avantage, tout en protégeant des rayons ultra-violets, de donner un hâle artificiel.

Plusieurs auteurs étrangers, parmi lesquels Fuhs (de Vienne), Marquardt (de Cologne) emploient contre les éphélides la pommade antiactinique de Delial, à base de benzimidazol.

Nous employons dans le service une crème à base de carbonate de bismuth à 10 ou 20 % qui semble donner des résultats.

Acquaviva mentionne un traitement préventif par voie interne, il donne à ses malades les cachets suivants de résorcine, qui serait un désensibilisant contre les radiations ultra-violettes :

Résorcine	αα 0 gr.05
Poudre de réglisse	»

un cachet par jour.

Ajoutons avant de conclure ce chapitre que les trai-

tements par l'arsenic et la chrysarobine dont l'action sur la pigmentation est bien connue doivent être déconseillés chez les porteurs d'éphélides.

Quels qu'en soient les résultats — et notre opinion est qu'ils sont très relatifs — le traitement prophylactique qui consiste à éviter une cause pour n'en point subir les effets nous paraît une défaite thérapeutique.

Traitement curatif

Par différents procédés de nombreux traitements prétendent guérir les éphélides. Ce sont :

- 1° Les *décolorants* qui agissent symptomatiquement, peut-on dire, en décolorant le pigment ;
- 2° Les *exfoliants* dont l'action chimique détache la couche épidermique ;
- 3° Les *agents physiques* qui obtiennent le même résultat par des moyens plus scientifiques.

Décolorants

On emploie de préférence les substances qui décolorent l'épiderme sans trop le molester. Différents médicaments ont cette prétention : les sels de mercure, les sels de bismuth, l'eau oxygénée, l'acide acétique, le naphтол.

Nous ne ferons que citer quelques formules :

La lotion au sublimé de Hardy :

Sublimé 1 gr.

Alcool q. s. p. dissoudre

Acétate de plomb	2 gr.
Sulfate de zinc	2 gr.
Eau distillée	250 gr.

Le lait antéphélique de Brocq :

Sublimé	0 gr. 10
Chlorure d'ammonium	0 gr. 10
Emulsion d'amandes	100 cc.

La pommade au calomel d'Hebra :

Calomel	6 gr.
Sous-nitrate de bismuth	6 gr.
Axonge	90 gr.

Fuhs de Vienne propose :

Précipité blanc de mercure	1 gr.
Sous-nitrate de bismuth	1 gr.
Sulfure de baryum	1 gr.
Onguent émollient	30 gr.

à étaler et garder la nuit.

Il serait important de tâter la susceptibilité de l'individu avant l'emploi de ces crèmes. Les cas sont fréquents où de telles préparations n'ont pas été sans inconvénients. Nous ne ferons que citer sans commentaire la coloration noire sale paradoxale obtenue par J.-B. Blashill, de Detroit, par cette crème antéphélique, spécialisée sous le nom de *Othine Double Strength Ointment*.

Par contre les dermites artificielles se voient souvent à la suite d'application de crèmes semblables. W. L. Marxer (*California and West Med.* 39, p. 261, oct. 1933) en rapporte plusieurs cas.

L'eau oxygénée incorporée dans des pommades jouit d'une grosse faveur. Elle est à la base de nombreuses préparations.

Eau oxygénée à 20 vol.	15 gr.
Sublimé	0 gr. 05
Oxyde de zinc	1 gr.
Lanoline	5 gr.
Vaseline	10 gr.

A. Sézary fait remarquer que cette pommade (de Darier) doit être conservée en tubes hermétiquement bouchés et utilisée dans les huit jours. Ne pas oublier que l'eau oxygénée perd de sa force assez rapidement.

Wucherpennig, de Munster, préconise l'emploi d'une pommade au perhydrol à 10 % et d'un savon Pernatrol. Il les considère comme insuffisamment actifs à eux seuls pour pénétrer dans la peau mais pense qu'un bon résultat peut être obtenu si un traitement exfoliant a été appliqué au préalable.

Nous verrons plus loin que Masotti, d'un avis semblable, conseille l'eau oxygénée mais après scarification alors que le pigment peut être aisément atteint.

Tous ces traitements symptomatiques ont pour but de décolorer le pigment. Ils ne touchent pas la cellule génératrice de la couche basale, donc sont voués à la récïdive à moins d'application constante. En réalité, que ce soit par leur manque de pénétration ou pour une toute autre raison, leur action décolorante n'est rien moins que prouvée. Encore prescrits pour « donner quelque chose » dans certaines hyperpigmentations ils ne seront pas employés pour les éphélides contre lesquelles existent d'excellents traitements.

Exfoliants

Plus important mais aussi moins bénin est le traitement par les exfoliants.

Le principe de ce traitement est de produire une légère exfoliation épidermique laquelle entraînera avec elle le pigment. Cette exfoliation s'obtiendra en provoquant une véritable dermite artificielle par différents corps tels la résorcine, le savon noir, différents acides, le soufre et le naphthol.

De nombreuses préparations ont été employées, nous citerons les plus courantes :

Résorcine	40 gr.
Oxyde de zinc	10 gr.
Ceyssatite	2 gr.
Axonge benzoïnée	28 gr.

(Unna).

Résorcine	20 à 30 gr.
Savon noir	20 gr.
Soufre	20 gr.
Alcoolat de lavande	30 à 40 gr.

(Darier).

Fuhs, de Vienne, propose :

Naphtol	10 gr.
Fleur de soufre	50 gr.
Savon vert	20 gr.
Vaseline jaune américaine	20 gr.

Cette pommade est à appliquer de demi heure à deux heures, après dégraissage de la peau à la benzine. Enlever la pommade et poudrer. Lotion à l'alcool salicylé jusqu'à desquamation.

La plupart des acides sont des exfoliants et pourront être appliqués soit en pâtes, soit en collodions : l'acide salicylique, l'acide lactique, l'acide trichloracétique, l'acide chrysophanique à 2 %. L'acide phénique sera employé pur en attouchements.

Nous ne ferons que rappeler à titre de curiosité deux procédés anciens : la cure exfoliante de Leredde et la méthode dite d'écorchement de Van Hoorn d'après Unna.

La cure exfoliante de Leredde consiste à appliquer une pâte au savon mou de potasse et à la résorcine de façon à « provoquer sur l'épiderme de la rougeur et du gonflement au bout de 36 à 48 heures ». On obtient ainsi une desquamation et une exfoliation.

Dans la méthode dite d'écorchement on frictionne la peau avec une pâte résorcinée à 50 % :

Résorcine	40 gr.
Oxyde de zinc	10 gr.
Silice pure anhydre	2 gr.
Axonge	20 gr.
Huile d'olive	8 gr.

Trois ou quatre jours après la peau se parchemine, on applique alors une colle gélatineuse chaude :

Grénétine blanche	4 gr.
Oxyde de zinc	3 gr.
Glycérine 30°	5 gr.
Eau distillée	8 gr.

Quelques jours après on arrache « facilement en même temps que le pansement gélatiné, la couche épidermique ».

Barthélemy qui présente la méthode à la *Société Française de Dermatologie* (18 mai 1893), apporte un masque épidermique ainsi obtenu : « la peau de la figure a été écorchée exclusivement dans sa partie superficielle et la partie profonde apparaît fraîche, sans tache, exempte de toute lésion enlaidissante ou repoussante ».

Fournier, à l'époque, faisait remarquer que la « dé-cortication » était fort douloureuse... Nous le croyons aisément.

Il est certain que sans atteindre ce degré de barbarie, les traitements exfoliants, pour peu que les éphélides soient nombreuses, doivent mettre le patient à dure épreuve.

En outre, on ne peut doser leur réaction ni prévoir les cicatrices qu'ils laisseront. Après quoi, comme le dit Darier lui-même, « il faut s'attendre à la réapparition des lésions quelques mois plus tard » (*Précis de Dermatologie*, 4^e édition, p. 1073).

Traitement par les agents physiques

Pour toutes ces raisons, les traitements précédents ne sont plus guère employés et à mesure que les agents physiques prennent une place plus importante en médecine, nous aurons davantage recours à eux.

Déjà en 1908, ainsi que nous l'avons déjà dit, Masotti inaugure un nouveau traitement du chloasma, des éphélides, et autres pigmentations par l'emploi

combiné des scarifications et de l'eau oxygénée. Des scarifications très fines et très rapprochées sont pratiquées sur la tache qu'il s'agit de faire disparaître : lavage à l'eau tiède et badigeonnage de la lésion avec un tampon d'ouate imbibé d'eau oxygénée. Le lendemain de l'opération, il se produit un érythème suivi au bout de quelques jours d'une légère desquamation. En trois ou quatre séances, la tache serait complètement disparue.

Outre la longueur et les difficultés du traitement, il nous semble excessif de traiter une dermatose purement inesthétique par un procédé aussi traumatisant qui peut entraîner des cicatrices.

Plusieurs auteurs, dont Hoffmann, de Berlin, ont essayé le massage, mais là encore les résultats se sont montrés à peu près inexistantes.

Nous mentionnerons encore le dispositif ingénieux qu'un Japonais, du nom de Kagawa, présenta en 1933 et qui, affirme-t-il, fait disparaître les éphélides sans cicatrices et avec d'excellents résultats esthétiques. Cet appareil consiste en une molette de dentiste en carborandum, reliée à un moteur électrique au moyen d'un câble flexible. Alors que la petite pointe effectue 1.500 à 2.000 tours à la minute, l'opérateur l'applique sur la tache pigmentaire, de façon à n'enlever que la couche superficielle. Une croûte se forme qui persiste quelques jours, puis tombe, sans laisser de trace. La difficulté de cette méthode consiste dans l'application plus ou moins appuyée de la molette et la technique ne s'acquiert qu'à la pratique.

Nous n'avons pas l'expérience de ce procédé qui nous semble d'ailleurs peu maniable.

Sabouraud a employé le *galvanocautère*. Avec la pointe mousse de l'appareil, portée au rouge sombre, il effleure à peine l'épiderme au niveau de la tache de rousseur, puis, après excoriation il fait disparaître la tache par simple pression du doigt. Ce traitement, excellent quant au résultat, nécessite une grande légèreté et habileté de main de la part de l'opérateur. Beaucoup l'emploient encore ; nous lui avons préféré deux procédés nouveaux : la haute fréquence et la cryothérapie.

HAUTE FRÉQUENCE. — La haute fréquence est un courant alternatif de haute tension à oscillations extrêmement rapides (1.000.000 et plus par seconde) obtenu en utilisant la décharge oscillante de condensateurs entre les boules d'un éclateur.

Ce courant de haute fréquence et de haute tension dont les curieuses propriétés sont si précieuses en thérapeutique dermatologique peut être utilisé dans le traitement des éphélides de deux façons : par étincelage où sont employés les courants de tension et par électrocoagulation où sont employés ceux d'intensité.

1° Par ÉTINCELAGE. — On utilise la haute tension obtenue en mettant en résonnance sur la self de l'appareil un résonnateur de Oudin. A l'aide de l'électrode à vide de Mac Intyre on concentre sur chaque éphélide soit une pluie d'effluves soit des étincelles de trois à cinq millimètres de longueur. Le tissu se dessèche

immédiatement par la chaleur. « La profondeur de cette dessiccation n'est pas très grande, mais suffit toujours pour les éphélides » (Wucherpfennig, de Munster, *Dermat. Wochenschrift*, T. 100, p. 83-88, janv. 1935).

Tsinoukas (*Archives de l'Electricité médicale*, n° 535, mars-avril 1935, p. 147) en fait son traitement de choix. Il commence par appliquer une pluie d'étincelles sur toute la peau puis les concentre jusqu'à irritation intense et phlyctène. Il recommande de suspendre si l'application est trop douloureuse. C'est là en effet le défaut de la méthode et les longues séances nécessaires sont difficilement supportables.

Nous préférons nettement le procédé suivant :

2° Par ÉLECTRO-COAGULATION. — Il faut employer des courants d'intensité très faible, voisins de ceux qu'on emploie pour l'épilation.

On utilisera donc le dispositif monopolaire, en prenant une électrode à boule, minuscule, telle que celle qui est réalisée par une tête d'épingle. On promène l'extrémité de cette électrode doucement sur la surface de l'éphélide. La peau à ce niveau blanchit légèrement. On prend alors une compresse et on essuie la surface coagulée. Un mince lambeau épidermique se détache en entraînant l'éphélide. En agissant de cette façon, M. Ducourtioux, qui nous enseigna le procédé, a toujours obtenu d'excellents résultats, sans aucune espèce de cicatrice.

En résumé bonne méthode, rapide, esthétique, à la condition d'être confiée à des mains légères et expertes.

Plus maniable et à la portée de tous est la cryothérapie qui fera l'objet du reste de cette étude.

immédiatement par la chaleur. « La profondeur de cette dessiccation n'est pas très grande, mais suffit toujours pour les éphélides » (Wucherpfennig, de Munster, *Dermat. Wochenschrift*, T. 100, p. 83-88, janv. 1935).

Tsinoukas (*Archives de l'Electricité médicale*, n° 535, mars-avril 1935, p. 147) en fait son traitement de choix. Il commence par appliquer une pluie d'étingelles sur toute la peau puis les concentre jusqu'à irritation intense et phlyctène. Il recommande de suspendre si l'application est trop douloureuse. C'est là en effet le défaut de la méthode et les longues séances nécessaires sont difficilement supportables.

Nous préférons nettement le procédé suivant :

2° Par ÉLECTRO-COAGULATION. — Il faut employer des courants d'intensité très faible, voisins de ceux qu'on emploie pour l'épilation.

On utilisera donc le dispositif monopolaire, en prenant une électrode à boule, minuscule, telle que celle qui est réalisée par une tête d'épingle. On promène l'extrémité de cette électrode doucement sur la surface de l'éphélide. La peau à ce niveau blanchit légèrement. On prend alors une compresse et on essuie la surface coagulée. Un mince lambeau épidermique se détache en entraînant l'éphélide. En agissant de cette façon, M. Ducourtioux, qui nous enseigna le procédé, a toujours obtenu d'excellents résultats, sans aucune espèce de cicatrice.

En résumé bonne méthode, rapide, esthétique, à la condition d'être confiée à des mains légères et expertes.

Plus maniable et à la portée de tous est la cryothérapie qui fera l'objet du reste de cette étude.

TRAITEMENT PAR LA CRYOTHÉRAPIE

Généralités

Le traitement consiste à utiliser l'action sur l'épiderme de la neige carbonique obtenue par détente brusque de l'acide carbonique liquéfié, comprimé à 50 atmosphères. Le froid obtenu ainsi est -79° . Pusey (Chicago) en fit la première application thérapeutique. Bordas présentait, en 1912, le premier cryocautère. Lortat-Jacob, en le modifiant et en y adjoignant un détendeur, en fit un instrument pratique et facile à manier même pour des non spécialistes.

Avantages des traitements par la neige carbonique

A priori différentes propriétés de la cryothérapie devaient amener son utilisation pour le traitement des éphélides :

1° Stricte localisation de l'action en surface, cette action ne débordant pas la lésion à traiter.

2° Electivité d'action sur les différents tissus. Le tissu épithélial est le plus sensible au froid, le tissu

élastique, au contraire, jouit d'une remarquable immunité, d'où l'élégance des cicatrices. Enfin, avec les applications brèves et multiples recommandées, le tissu conjonctif ne réagit jamais par prolifération et ne donne pas de chéloïdes.

3° Limitation de l'action en profondeur. Les deux facteurs principaux de cette action sont la durée d'application et la pression de l'instrument que l'on pourra faire varier à volonté selon la réaction à obtenir.

Principes de la méthode

La neige carbonique agit sur la peau de deux façons :

1° Indirectement, par phlyctène et nécrose secondaire de l'épiderme. L'épiderme soulevé et nécrosé forme le toit d'une phlyctène dont la base est le corps papillaire dénudé. On conçoit facilement que la couche basale, siège maximum de la pigmentation dans les éphélides, sera éliminée en même temps que le toit de la phlyctène.

2° Directement, même dans les cas où l'on n'obtient qu'une réaction érythémateuse avec simple exfoliation des couches supérieures de l'épiderme, on a trouvé des lésions nucléaires de la couche basale et « il est vraisemblable, écrivent MM. Lortat-Jacob et Solente, que le froid puisse atteindre la cellule élaboratrice du pigment non seulement dans sa

fonction, mais même dans sa vitalité » (*Cryothérapie*, p. 67).

A ces deux actions, qui nous montrent clairement le processus du traitement, s'ajoute l'action vasoconstrictive de la neige carbonique. Nous n'irons pas jusqu'à l'achromie d'aspect blanc-porcelaine habituelle des applications massives, mais nous chercherons à obtenir simplement un léger blanchiment de la peau, qui viendra compléter l'effet recherché.

Pour toutes ces raisons l'éphélide, pigmentation superficielle et circonscrite de la peau, semble relever de la cryothérapie.

Déjà Lortat-Jacob et Solente, dans leur ouvrage, mentionnent « qu'on pourrait traiter par ce moyen les plus disgracieuses ». Mais c'est Matarasso qui mit au point la cryothérapie des taches de rousseur. Depuis, divers auteurs ont confirmé les bons résultats obtenus par cette méthode, notamment M. Duwe, assistant de M. le Professeur Jacqué (*Le Scalpel*, mars 1933) et plusieurs médecins allemands (*Dermat. Wochenschrift*, T. 100, p. 83, janvier 1935).

M. Ducourtioux, assistant de M. le Professeur agrégé Sézary, préfère cette technique à toute autre et a bien voulu nous faire profiter de son expérience.

Matériel

On a préconisé les frictions de neige carbonique et des repassages de 15 secondes, technique qui nous

semble nettement insuffisante, étant donné l'impossibilité d'un dosage précis.

Matarasso emploie des crayons de neige obtenus par des moules de bois de différents calibres. Nous employons avec satisfaction le cryocautère de Lortat-Jacob et son jeu de pointes.

Cet appareil comprend schématiquement plusieurs tubes emboîtés les uns dans les autres ; un tube externe, isolant pour en faciliter le maniement, un tube perforé qui coulisse à l'intérieur du précédent en tendant un ressort à boudin, lequel gradue la pression. A l'intérieur de ce dernier tube, enfin, le tube central avec détendeur en toile métallique. Il existe tout un jeu de ces tubes dont les pointes en cuivre rouge ont des formes différentes, s'adaptant à leurs diverses utilisations. Dans le cas qui nous intéresse, nous utilisons la petite pointe conique de 5 mm. qui répond à peu près à la dimension des gros éléments à traiter. Un embout cylindro-conique s'adaptant à la bombonne permet le remplissage du cryocautère.

Chargement de l'appareil.

La main gauche préservée d'une serviette maintient le cryocautère sur l'embout, tandis qu'on ouvre à petits coups le jet d'acide carbonique. Le cryocautère est plein lorsque la neige sort par les trous du bouchon, on verse alors quelques gouttes d'acétone et l'instrument est prêt.

Mode opératoire

Matarasso, après tâtonnement et de nombreux essais, a mis au point une technique simple et précise dont nous nous sommes inspiré.

Sur le visage, il recommande d'éviter la réaction phlycténulaire, aussi l'application doit-elle être extrêmement prudente et légère. On touchera chaque élément séparément. La durée de l'application sera de 3 secondes maximum avec une pression « telle que dès qu'on cesse d'appuyer le crayon sur la tache, celle-ci soit marquée par une dépression givrée disparaissant au bout de 2 secondes ». Quelques minutes après, la tache de rousseur apparaît beaucoup plus foncée et s'entoure d'un halo inflammatoire. En quelques jours, cet érythème disparaît et la tache desquame du 5^e au 7^e jour. Elle est remplacée par une macule rose pâle qui, à son tour, disparaîtra en quelques jours sans laisser aucune trace. La cuisson qui accompagne l'application est légère et ne dure que quelques minutes.

Sur le dos des mains, l'application devra être un peu plus énergique, les taches de rousseur étant alors en général plus résistantes au traitement et l'épiderme plus épais. La pointe conique du cryocautère pourra être d'un diamètre supérieur. On fera une application d'environ 4 secondes en appuyant de façon à avoir une dépression disparaissant au bout de 3 secondes. Dans ce cas, on obtient non seulement la réaction

érythémateuse précédente, mais encore, assez souvent, une réaction vésiculeuse non préjudiciable ici.

Sur les avant-bras, où la peau est plus fine que sur les mains, la technique sera un compromis entre les deux précédentes. En outre, il sera préférable de ne pas obtenir si possible de réaction vésiculeuse, à cause du frottement des vêtements.

Soins consécutifs.

Il est inutile d'appliquer des topiques après l'opération. La crème de toilette ordinaire, ou simplement la poudre de riz pourront masquer l'érythème des premiers jours. On pourra également faciliter la desquamation par un savonnage.

Précautions à prendre.

Comme dans toute thérapeutique dermatologique, il sera bon de faire un test cutané du traitement. On pratiquera à cet effet deux ou trois applications d'essai sur le visage et on s'assurera une dizaine de jours après qu'elles n'ont pas laissé à leur suite de macules plus ou moins brunes. Certaines peaux réagissent en effet à la cryothérapie par une pigmentation qui viendrait évidemment à l'encontre du but recherché.

Ces applications d'essai pourront être faites avec des durées différentes. On connaîtra ainsi l'intensité nécessaire pour commencer le traitement.

Il peut arriver cependant, surtout dans les appli-

cations timides du début, que quelques éléments ne desquament pas ; on pourra les retoucher la fois suivante, c'est là un des nombreux avantages de la méthode.

Il ne faut pas craindre alors d'augmenter très largement les doses prescrites par Matarasso. Avec des applications de cinq à six secondes même sur le visage, nous n'avons jamais eu de cicatrices.

Il est cependant préférable d'agir avec prudence au niveau du nez et surtout des paupières, qui sont très sensibles à la cryothérapie.

Conduite du traitement

Rythme des séances.

Le nombre de taches traitées à chaque séance peut atteindre 100 et plus, mais souvent les patients préféreront en faire traiter un nombre plus restreint, en raison de la réaction érythémateuse consécutive, évidemment inesthétique.

On attendra, pour répéter les applications, la desquamation due au traitement précédent, c'est-à-dire environ 15 jours.

Quand traiterons-nous ?

Dans un précédent paragraphe, nous avons précisé l'évolution de la tache de rousseur, qui est schématiquement la suivante :

Jusqu'à vingt-cinq ans environ, période de multiplication et d'élargissement.

A partir de vingt-cinq ans, le nombre des taches de rousseur reste fixe.

Nous devrions, en principe, attendre cette date pour obtenir un résultat définitif, mais priverons-nous d'un traitement aussi simple une jeune patiente chez qui cette question d'esthétique prend tant d'importance ? Nous ne le pensons pas et il ne lui restera qu'à « se faire retoucher » s'il se présente de nouveaux éléments.

Quels éléments traiterons-nous ?

Nous traiterons d'abord les éléments les plus gros et les plus foncés, de préférence disséminés ; puis les éléments plus petits et plus clairs. Est-ce à dire que nous enlèverons toutes les taches de rousseur ? Un tel résultat, possible en principe, ne pourrait s'obtenir qu'au prix d'un nombre considérable de séances sur un visage constellé d'éphélides. L'amélioration ainsi réalisée ne correspondrait pas à la longueur du traitement. Nous nous contenterons donc d'éclaircir l'éruption et, sur de tels visages, nous enlèverons environ quatre cents taches ; sur ceux qui seraient moins atteints, une centaine d'applications suffit à les transfigurer.

Résultats

Cette technique que nous venons de décrire par le détail, nous l'avons employée sur plusieurs malades,

toujours avec la plus grande satisfaction. Nous la préférons à toute autre méthode pour plusieurs raisons.

1° Disons tout de suite qu'aux doses que nous proposons, trois et six secondes avec pression légère, le cryocautère s'est montré un instrument absolument inoffensif ; ni cicatrices, ni achromies, ni chéloïdes ne sont à craindre, ce qui est capital en matière d'esthétique. La macule rosée consécutive disparaîtra en deux ou trois semaines et la peau reprendra alors sa coloration normale.

2° Le traitement par la neige carbonique agit. La tache de rousseur s'élimine en quinze jours et en quelques séances, nous obtenons des améliorations considérables. Si quelques éléments ne desquament pas, on peut les retoucher sans inconvénient ; la dose suivante est augmentée.

3° Ce résultat semble durable, d'après les rares malades que nous avons pu rejoindre un et deux ans après le traitement.

4° Le procédé n'est pas douloureux et les malades ont toujours bien supporté la cuisson momentanée qui suit l'application.

5° Enfin le cryocautère est un instrument de manipulation facile à la portée de tout praticien et, considération qui n'est pas à dédaigner, d'un prix de revient modique.

*
**

Nous ne voulons pas terminer cette étude sans parler du *traitement endocrinien*.

Nous avons vu précédemment combien était hypothétique le rôle d'un dysfonctionnement glandulaire dans l'étiologie des éphélides, dysfonctionnement qui n'a jamais été prouvé ni, à plus forte raison, précisé. Cependant, quelques auteurs, se basant sur cette hypothèse, ont tenté un traitement opothérapique des taches de rousseur.

F. Winkler (*Derm. und Wochenschr.*, 93 : 1261, 8 août 1931) administra à soixante malades atteints d'éphélides des extraits corticaux de surrénale et obtient une amélioration dans les trois semaines.

Tsinoukas combine opothérapie et étincelage ; étincelage seul : récidence des éphélides en quinze jours ; étincelage et extrait pluriglandulaire Choay : guérison stable.

Nous nous contentons de reproduire ici ces deux observations sans les commenter. La question est à étudier. Pourtant, en présence d'un trouble glandulaire évident, il sera bon d'y remédier de toutes façons

Rappelons enfin que l'action inhibitrice de la vitamine C sur la mélanogénèse est actuellement à l'étude (Inhibition de la dopa-réaction par la vitamine C, H. Schraeder, *Klin. Wochenschr.*, 13-14 avril 1934, p. 553). Un traitement basé sur ce principe a donné des résultats dans certaines pigmentations, notamment contre le chloasma. Convienndrait-il de l'essayer contre les éphélides ? D'autres, plus qualifiés que nous, y répondront.

CONCLUSIONS

Les taches de rousseur peuvent être rangées dans le groupe des *nœvi évolutifs*.

Elles se développent de cinq à vingt-cinq ans, mais les taches apparues ne disparaissent jamais spontanément et il n'est pas utile d'attendre pour les traiter. L'intensité de leur coloration et leur confluence peuvent arriver à déterminer une véritable tare esthétique à laquelle il importe de remédier par différents processus.

1° Le *traitement prophylactique*, utile, n'est pas à proprement parler une thérapeutique. Le patient devra cependant protéger son épiderme autant que possible en employant par exemple une crème anti-actinique et éviter les insolationes intenses et prolongées.

2° Le *traitement par les décolorants*, donnant des résultats problématiques et éphémères, ne sera pas employé.

3° Le *traitement par les exfoliants* agit énergiquement, mais sans mesure ; il est souvent suivi de réci-

dive ; il est en outre fort douloureux, donc à rejeter de notre thérapeutique.

4° Le *traitement par les agents physiques* a une action que l'on peut doser plus facilement.

A) Le galvanocautère, excellent procédé, est très délicat à manier.

B) L'étincelage et la diathermocoagulation — surtout cette dernière — constituent une thérapeutique simple, rapide, qui, en des mains expertes, donne de très bons résultats. Ne pas oublier cependant qu'il faut employer une intensité très faible, faute de quoi on s'expose à des cicatrices.

C) Pour toutes ces raisons, nous préférons le traitement par la neige carbonique, d'un maniement facile, un peu plus long certes, mais dont l'action superficielle et suffisante n'entraîne jamais d'accident et donne des résultats esthétiques parfaits.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS.

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACQUAVIVA. — Les dermatoses inesthétiques. Ephélides, p. 375.
- AITKEN (R.). — Fonction du pigment dans la peau. (*British J. phys. med.*, 10-32, juin 1935, p. 30).
- AXMAN. — Maladies de la peau après exposition au soleil. (*Kol. Bl. d. Allg. arztl. Ver. v. Thuringen*, 61, déc. 1932, p. 244).
- BARTHELEMY. — Note sur les Ephélides (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1900, p. 744).
- BLASHILL (J. B.). — Pigmentation of face and neck due to freckle cream. (*J. A. M. A.*, 98, 18 juin 1932, p. 2.200).
- BLOCH (B.). — Der Jetzige Stand der Pigment lehre. (*Zentralblatt für Haut und Geschlechts krankheiten*, 1923, t. VIII, p. 1).
- Des Pigment. (*Handbuch für Haut Geschlechtskrankheiten*, Berlin, juin 1927, vol. 1).
- BLOCH (B.) et GULDBERG. — Die Ursache der Schwangerschaftshy perpigmentierung. (*Klinische wochenschrift*, 12 ; 13 mai 1933, p. 734).
- COGLIEVINA (B.). — Importance biochimique des éphélides. (*Riforma Med.*, 41, juin 1925, p. 581).
- CRUNEBERG (T.) et SCHAD (H.). — Influence de la vitamine C sur la doparéaction. (*Klin. Wchnschr.*, 13, 22 septembre 1934, p. 1.353).
- DUWE (G.). — A propos du traitement des éphélides. (*Le Scalpel*, mars 1933, p. 379).

- DYSON (W.). — Cutaneous pigmentation. (*The British Journal of Dermatology*, juillet 1911, p. 205).
- ELFOND (M. A.). — Modifications dans la peau de l'homme dues à la lumière. (*Venerol. i dermat.*, 6, janvier 1929, p. 36).
- ELLINGER (F.). — Evaluation des substances qui protègent la peau contre la lumière. (*Arch. f. expe. Path. Pharmacol.*, 175, 1934, p. 481).
- GANS (O.). — Zur genese der Haut Pigments. (*Zentralblatt fur Haut und Geschlechtskrukheiten*, 1922, t. IV, p. 1).
- GOODMANN (H.). — Sunburn tanning ; action of light on skin. (*Arch. of Dermatology and Syphiligraphy*, N° 25, janv. 1932, p. 15).
- HAZEN (H. H.) et BIASE (F. B.). — Sunlight and skin. (*Am. J. Nursing*, 33, août 1933, p. 747).
- HELLMICH-GRANDENZ. — Experimenteller Beitrag zur Genese des Epidermispigmenten. (*Monatsh. f. Parkt Derm.*, XIV, 1907, p. 124).
- JUSTER (E.). — Formules pour protéger contre les Ephélides. (*Presse Médicale*, N° 42, août 1934, p. 1.332).
- KAGAWA (T.). — Un appareil pour le traitement des éphélides. (*Japan J. Dermat. et Urol.*, 34, oct. 1933, p. 451).
- KELLER (P. H.). — Pigment et protection contre la lumière. (Fribourg-en-Brisgau, *Annales de Dermato et Syphiligraphie*, 1931, p. 123).
- KREIBICH. — Ueber das melanotische Pigment der Epidermis. (*Archiv für Dermato und Syphilis*, 1914, t. 118, p. 837).
- LINBERG (K.). — Autour de la question du pigment cutané. (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1923, p. 353).
- LORTAT-JACOB et SOLENTE. — Cryothérapie.

- MASOTTI. — Nouveau traitement du chloasma, des éphélides et des autres pigmentations par l'emploi combiné des scarifications et de l'eau oxygénée. (*Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 14 février 1908, p. 232).
- MATARASSO. — Ephélides. Traitement des taches de rousseur par la neige carbonique. (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, sept. 1932, p. 818).
- MARXER (W. L.). — Mercurial dermatitis following local application of cream for removal of freckles. (*California and West Med.*, 39, oct. 1932, p. 261).
- MEIROWSKY. — Ueber den Ursprung des Melanotischen. Pigments der Haut und des Auges. (*Bibliothek medizinischer monographien*, t. IV, 1908, p. 124).
- Ueber pigment bildung in vom Körper Logelöster Haut. (*Frankfurter Zeitschrift für Pathologie*, janvier 1909, t. II, p. 438).
- Die Entstehung der oberhautpigments beim Menschen in der Obehautselbst. (*Monatshfte f. fraktische Dermatologie*, t. XLII, p. 541).
- Beiträge zur Pigmentfrage. (*Monashefte f. praktische Dermatologie*, t. XLIII, p. 155).
- Etat actuel du pigment cutané. (*Deri Hartalıklari Frengi Klingi Arsivi*, 1935, Cologne, p. 501, n° 5-6, p. 511).
- MESSERLI. — Pigmentation et dépigmentation. (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 51, mars 1931, p. 137).
- MEYER. — Physiologie normale et pathologie du pigment cutané. (*Paris Médical*, 24^e année, n° 8, février 1934, p. 175).
- MEYER et KRISCHIFF. — Pigmentation et épaississement de la peau en tant que réaction qui la protège contre le soleil. (*Deutsche und Wehuschr.*, 8 janvier 1932, p. 58).

- MIESCHER (G.). — Die chromatophoren in Haut des Menschen ihr Wesen und die Herkunft ihres Pigmentes. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXXXIX, p. 313).
- PECK (S.). — La pigmentation humaine est-elle sous la dépendance des effets de la lumière. (*Schweiz med., Wechnschr.*, 59, novembre 1929, p. 1.227).
- PRINGLE (J. J.). — Ephelis. Chloasma, tattooing leucoderma albinism. (*Syst. of Med. Alblutt*, London, 1899, VIII, p. 699).
- SÉZARY (A.). — Les mélanodermies d'origine endocrinienne. (*Journal médical français*, Paris, 1921, t. X, p. 480).
- Pathologie et thérapeutique générales des dyschromies. (*Nouvelle pratique dermatologique*, t. V, p. 869).
- SÉZARY (A.) et DURUY (A.). — Ephélides. (*Nouvelle pratique dermatologique*, t. V, p. 915).
- SHOEMAKER. — The oleate of copper and the treatment of freckles. (*Journal of cutaneous and venereal diseases*, N.-Y., 1882, p. 438).
- SIEMENS. — Zur kenntnis der epheliden mit Bemerkungen über Haarblichung und Haarfarbenbestimmung. (*Arch. für Dermat. u. Syph.*, 147, 7 juin 1924, p. 210).
- Zur klinisch etiologischen Analyse und systematik klein fleckiger Pigmentierungen, nebst Beschreibung einer besonderen Form von Epheliden. (*Dermat. Ztschr.*, 53, avril 1928, p. 575).
- THIBIERGE. — Ephélides. (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Paris, 1887, I, S., XXXIV, p. 771).

- TSINOUKAS. — Sur un nouveau traitement des éphélides par la diathermie. (Extrait d'une communication à la Société de Médecine de Patras). (*Archives d'électricité médicale*, N° 535, mars-avril 1935, p. 147).
- UHLMANN (E.). — Pigmentation due aux irradiations. (*Ztschr. f. d. ges. phys.-therap.*, 42, 1932, p. 101).
- VAN HOORN (Amsterdam). — Traitement des éphélides par la méthode dite d'écorchement. (*Bulletin de la Société française de Dermato et Syphiligraphie*, 18 mai 1893, p. 288).
- AUTEURS VARIÉS. — FUHS (H.), Vienne, HOFFMANN (C. A.), Berlin, MARQUARDT, Cologne, MILBRAUT, Leipzig. — Welches ist die zuvekmässigste Therapie kosmetisch storender Hyperpigmentationen (Chloasma Lentigines Epheliden). (*Dermat. Wchnschr.*, 100, janvier 1935, p. 83).



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



TSINOUKAS. — Sur un nouveau traitement des éphélides par la diathermie. (Extrait d'une communication à la Société de Médecine de Patras). (*Archives d'électricité médicale*, N° 535, mars-avril 1935, p. 147).

UHLMANN (E.). — Pigmentation due aux irradiations. (*Ztschr. f. d. ges. phys.-therap.*, 42, 1932, p. 101).

VAN HOORN (Amsterdam). — Traitement des éphélides par la méthode dite d'écorchement. (*Bulletin de la Société française de Dermato et Syphiligraphie*, 18 mai 1893, p. 288).

AUTEURS VARIÉS. — FUHS (H.), Vienne, HOFFMANN (C. A.), Berlin, MARQUARDT, Cologne, MILBRAUT, Leipzig. — Welches ist die zuvekmässigste Therapie kosmetisch storender Hyperpigmentationen (Chloasma Lentigines Epheliden). (*Dermat. Wchnschr.*, 100, janvier 1935, p. 83).



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



